

Opinnäytetyö (AMK)

Sairaanhoitajakoulutus

2016

Silja Salokangas ja Emilia Uotila

KULTTUURIEN JA USKONTOJEN HUOMIOIMINEN VALMISTELTAESSA POTILASTA LEIKKAUKSEEN

Silja Salokangas ja Emilia Uotila

KULTTUURIEN JA USKONTOJEN HUOMIOIMINEN VALMISTELTAESSA POTILASTA LEIKKAUKSEEN

Opinnäytetyön tarkoitus on kartoittaa kuvailevan kirjallisuuskatsauksen keinoin (n=18 julkaisua) kulttuurien ja uskontojen huomioimista valmisteltaessa potilasta leikkaukseen. Opinnäytetyössä esitellään neljää kuudesta yleisimmästä uskontoryhmästä Suomessa, joita ovat ortodoksisuus, Jehovan todistajat, katolisuus ja islamin usko – pois lukien evankelis-luterilaisuuden ja Suomen vapaakirkon. Tavoitteena on lisätä kulttuurista kompetenssia hoitotyössä, edistää hoitajan ja potilaan kohtaamista. Näiden uskontojen pohjalta tarkastellaan preoperatiivista hoitotyötä niin Suomessa kuin maailmalla.

Monikulttuurista hoitotyötä tarvitaan nykypäivänä yhä enemmän. Monikulttuurisuuden kanssa työskenneltäessä olennaista on kulttuurinen kompetenssi. Kulttuurisella kompetenssilla tarkoitetaan kykyä sisäistää vieraaseen kulttuuriin liittyvät toimintatavat niin, että sen kanssa toimiminen on luontevaa. Monikulttuurisuus ja kulttuurinen kompetenssi ovat olennainen osa hoitotyötä. Muslimipotilasta kohdatessa on hyvä huomioida heidän normit, kun taas Jehovan todistajien kanssa on huomioitava heidän kielteisyytensä verensiirtoihin. Ortodoksisuudella ja katolisuudella ei ole sen suurempaa relevanssia preoperatiivisissa hoitotyössä. Uskonnollisten tekijöiden ja kulttuurin tuntemus on tärkeää hoitohenkilökunnalle, jotta potilaan huomioiminen olisi mahdollisimman laadukasta.

Nykypäivän Suomi on kansainvälistyvä, sillä ihmisten liikkuvuus on lisääntynyt. Kulttuuriselta taustaltaan eriäviä henkilöitä on yhä enemmän. Uskontojen kohtaaminen tuo lisähaastetta terveydenhuollon parissa työskenteleville. Aikaisemman tutkimus- sekä käytännön tiedon puutteellisuus on ongelma kulttuurisessa kohtaamisessa. Uskonnon ja kulttuurin merkitystä hoitotyöhön tulee selvittää preoperatiivisessa hoitotyössä, sillä aikaisempi tutkimustieto on vähäistä. Uskontojen tunteminen sekä omaksuminen voi olla mahdotonta, mutta yleisimpiä uskontoja Suomessa olisi sairaanhoitajien hyvä hahmottaa pääpiirteittäin.

ASIASANAT:

Kulttuurinen kompetenssi, monikulttuurinen hoitotyö, preoperatiivinen hoitotyö, Jehovan todistajat, ortodoksisuus, katolisuus, islamin usko

Silja Salokangas and Emilia Uotila

ACKNOWLEDGING CULTURES AND RELIGIONS IN PREOPERATIVE NURSING

The purpose of this bachelor's thesis is to map out (n=18 releases) how differences in cultural and religious backgrounds are acknowledged and understood while treating preoperative patients. Narrative literature review is used as a research method to depict the current state of cultural awareness in nursing. More specifically the focus is on religion. The introduced religions are Orthodoxy, Jehovah's Witnesses, Catholicism and Islam. The aim is to increase the awareness of cultural competence in nursing, improving the encounter between a nurse and a patient. The aim is also to discuss of preoperative nursing in Finland and internationally.

Multicultural nursing is globally in high demand nowadays. An essential piece of multiculturalism in nursing is cultural competence. Cultural competence entails the ability to assimilate behaviour of foreign cultures in order to create a comfortable environment for both parties. Cultural competence and multiculturalism are both substantial in nursing. Treating a muslim patient it is goal-directed to notice their standards. With Jehovah's Witnesses one needs to pay attention to their abstaining against blood transfusions. Orthodoxy and Catholicism are of a little relevance in preoperative care. The knowledge of religious and cultural factors is essential for nursing staff, making the encounter of the multicultural patient as first-rate as possible.

The present-day Finland is globalizing quickly due to the increase in mobility. There is a growing rate of people with multicultural backgrounds. Working in healthcare the nursing staff may have additional challenges when encountering a variety of religions. The lacking of previous research and the inadequate amount of practical knowledge are problematic in analyzing cultural encounterings. The relationship between religions and cultures in preoperative care should be researched more. It may be impossible to know and to assimilate to different religions though it would not hurt be aware of the core beliefs of the most common religions in Finland.

KEYWORDS:

Cultural competence, multicultural nursing, preoperative nursing, Jehovah's Witnesses, Orthodoxy, Catholicism, Islam

SISÄLTÖ

1 JOHDANTO	5
2 PREOPERATIIVINEN HOITOTYÖ	6
3 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITE JA TOTEUTUSMENETELMÄ	8
4 TULOKSET	13
4.1 Kulttuuri	13
4.1.1 Kulttuurinen kompetenssi	13
4.1.2 Monikulttuurinen hoitotyö	15
4.2 Uskonnot	18
4.2.1 Ortodoksisuus	18
4.2.2 Jehovan todistajat	19
4.2.3 Katolisuus	23
4.2.4 Islamin usko	25
5 EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS	30
6 POHDINTA	32
LÄHTEET	34

LIITTEET

Liite 1. Opinnäytetyömessuilla esitetty poster.	37
---	----

TAULUKOT

Taulukko 1. Tutkimusartikkelihaku eri tietokantoja hyödyntäen.	10
Taulukko 2. Manuaalisen haun lähteet.	12

1 JOHDANTO

Vuoden 2015 loppupuolella Suomessa vakituisesti asuvat eri kulttuuritaustoista tulevat henkilöt määrittivät 6,2 prosenttia Suomen väestöstä. Suomessa vakituisesti asuvista kulttuuritaustaltaan eriävistä henkilöistä 57 prosenttia tuli Euroopan maista. Toiseksi eniten Aasian maista ja kolmanneksi eniten he olivat afrikkalaistaustaisia. Eniten Suomessa asuvia eri kulttuuritaustoista tulleita henkilöitä oli vuonna 2015 muuttanut Venäjältä. (Tilastokeskus 2016.)

Tilastokeskuksen vuonna 2013 julkaisemasta kulttuuritilastossa yleisimpiä Suomessa esiintyviä uskontoryhmiä ovat evankelis-luterilainen uskonto, ortodoksisuus, Jehovan todistajat, Suomen vapaakirkko, katolisuus sekä islamin usko. (Tilastokeskus 2013.) Opinnäytetyön tarkoituksena on kartoittaa kulttuurien ja uskontojen hoitotyöhön liittyviä erityispiirteitä, etenkin preoperatiivisessa hoitotyössä. Tavoitteena on lisätä kulttuurista kompetenssia hoitotyössä, kehittäen hoitajan ja potilaan kohtaamista. Uskonnot esitellään niiden hoitoon vaikuttavien tekijöiden kautta ja selvitetään niiden vaikutuksia erityisesti preoperatiiviseen hoitotyöhön.

Ihmisten laaja liikkuvuus on lisännyt monikulttuurisen hoitotyön tarvetta niin Suomessa kuin kansainvälisestikin. Ortodoksisuus ja katolisuus kuuluvat kristinuskoon, mutta niiden käytännöt ja kulttuurit saattavat erota toisistaan. Jehovan todistajat ovat haarautuneet kristinuskosta, mutta heidän aatteensa voivat poiketa merkittävästi, esimerkiksi verensiirtojen osalta. Islamin uskoa pidetään nopeimmin kasvavana uskontona koko maailmassa (Maïche 2013, 25). Sen levinneisyyttä voi nähdä nykypäivän Suomessakin enemmässä määrin, sillä muslimien määrä on parissa kymmenessä vuodessa kymmenkertaistunut (Tilastokeskus 2013).

Opinnäytetyö kokoaa yhteen, minkälaista tietoa löytyy ortodoksien, Jehovan todistajien, katolisten ja muslimien preoperatiivista hoitotyöstä Suomessa sekä maailmalla. Lisäksi työssä perehdytään näissä uskonnoissa esiintyviin erityispiirteisiin, joita kohdataan etenkin preoperatiivisessa hoitotyössä.

2 PREOPERATIIVINEN HOITOTYÖ

Perioperatiivinen hoito käsittää kolme erillistä jaksoa: preoperatiivinen, intraoperatiivinen ja postoperatiivinen hoitojakso (Viitamäki 1996, 8). Preoperatiivinen hoitotyö alkaa potilaan leikkauspäätöksestä päättyen potilaan hoidon siirtymiseen leikkausosaston hoito-henkilökunnalle (Viitamäki 1996, 8; Kinnunen, Korte & Lukkari 2013, 20). Jotta potilas voi saapua sairaalaan suunniteltua leikkausta varten, tulee esitietojen eli anamneesin ja oireiden kyselemisen, kliinisen tutkimuksen ja tarvittavien laboratoriotutkimusten olla ajoitettu ennen leikkausta. Huolen tästä pitää leikkausta edeltävä käynti lääkärin ja sairaanhoitajan vastaanotolla, jolloin potilas saa perusteellisen ohjauksen preoperatiivisesta valmistautumisesta, kuten esimerkiksi ravinnotta olostä ja lääkkeistä. Laboratoriotutkimuksilla voidaan napata oireettomat, leikkaukseen ja anestesiaan vaikuttavat sairaudet, lisäksi niillä saadaan selkoa potilaan muiden sairauksien hoitotasapainosta. Esimerkiksi sydänfilmi tulee yleensä ottaa kaikilta yli 50-vuotiailta, diabeetikoilta ja potilailta, joilla on sydän- ja verisuonisairaus, verenpainetauti tai kilpirauhasen, munuaisten tai aineenvaihdunnan sairaus. (Hammar 2011, 12 – 14.)

Ennen toimenpidepäivää lääkärin tulee selventää potilaalle, mistä taudista tai vaivasta on kyse ja kuinka se on hoidettavissa. Potilaalle kerrotaan suunnitellusta toimenpiteestä sekä informoidaan sen riskeistä sekä ennusteesta. Hänelle annetaan tietoa eri anestesiamuodoista, joita on mahdollista käyttää kyseisessä toimenpiteessä ja minkälaisia jälkivaikutuksia eri anestesiamuotoihin voi liittyä. Leikkauspäätöksen jälkeen potilas keskustelee vielä sairaanhoitajan kanssa toimenpiteestä, jolloin potilaalle kuvataan koko hoitoprosessi. Potilaalle selvennetään toimenpidepäivän kulku ja kuinka toimenpiteeseen valmistaudutaan sekä käydään läpi kirjalliset ohjeet. Hoitosuunnitelma tehdään potilaan kanssa yhteisymmärryksessä. (Viitamäki 1996, 54 – 55.)

Jotta haavan paraneminen saadaan turvattua, olisi ravitsemustila hyvä korjata ennen leikkausta etenkin vanhuksilla ja syöpäpotilailla. Lääkitykseen usein puututaan etukäteen joko tauottamalla tai annosta pienentämällä, jolloin potilas noudattaa saamia hoito-ohjeita jo ennen leikkausta kotonaan. Ennen leikkausta tulee olla ravinnotta, sillä muutoin aspiraatoriski on suuri ja tällöin mahalaukun sisältö voi joutua hengitysteihin. Kiinteää ravintoa ei tule nauttia 6 – 8 tuntiin ja nesteitä kahteen tuntiin ennen anestesiaa. Tupakkaa ja purukumia olisi hyvä välttää myös kaksi tuntia ennen toimenpiteen alkua. (Hammar, 2011, 14 – 15.) Läpinäkyviä nesteitä, kuten vettä, läpinäkyvää omenamehua

tai laihaa teetä, voi juoda vielä desilitran verran tuntia ennen sairaalaan saapumista. Toimenpide siirretään toiseen ajankohtaan, mikäli paastoaikoja ei olla noudatettu. (Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri 2014.)

Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin Ohjepankin potilasohjeen mukaan saapuessa leikkaukseen kotoaan, tulisi potilaan olla peseytynyt hiuksiaan myöten toimenpideaamuna tai edeltävänä iltana. Etenkin napaan, nivustaipeisiin ja sukupuolielinten puhdistukseen tulisi kiinnittää huomiota. Toimenpiteen ollessa jalan tai käden alueella, tulee kynnet leikata lyhyiksi ja kynsilakat tulee myös poistaa. Ihon kunnon tulee olla hyvä ja ehjä, eikä leikkausalueen ihokarvoja saa poistaa ennen leikkausta omatoimisesti, vaan ne poistetaan tarvittaessa sairaalassa. Meikkiä ja hajusteita olisi hyvä välttää leikkauspäivänä. Sairaalaan saapuessa on suositeltavaa olla pukeutunut puhtaisiin, helposti puettaviin vaatteisiin. Ohjepankissa myös täsmennetään, että jos toimenpidealue sijoittuu raajaan, kannattaa huomioida vaatteiden/kenkien tilavuus, sillä sidos on usein reilun kokoinen. (Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri 2014.)

Leikkausaamuna potilas voi ottaa säännöllisesti käyttämänsä lääkkeet, ellei lääkäri ole ohjeistanut toisin. Etenkin verenohennus- ja diabeteslääkkeiden kanssa tulee olla tarkka. Usein tablettihoitoisen diabeteksen lääkitys tauotetaan, kun taas insuliinihoitoisen diabeteksen kohdalla lääkäri määrää aamuannoksen. (Ohjepankki 2014.) Kun potilas saapuu sairaalaan, varmistetaan anestesia- ja leikkauksekelpoisuus, ravinnotta olo, ihon kunto ja mahdolliset käytössä olevat lääkkeet. Esilääkkeen potilas saa 1 – 2 tuntia ennen leikkausta. Esilääkityksen ideologia on vähentää potilaan ahdistusta ja pelkoa, leikkauksen jälkeistä kipua, autonomisen hermoston reaktioita, pahoinvointia sekä reaktioita anestesia-aineille. (Hammar, 2011, 15.)

Itse toimenpidepäivänä ohjaus tapahtuu suurimmaksi määrin sairaanhoitajan toimesta. Potilas tapaa omahoitajansa ja päivän ohjelma käydään vielä läpi. Usein potilaan luokse jää läheinen, tällöin tulee kertoa toimintatavoista. Potilaan kanssa tulee keskustella mahdollisista peloista, kivun lievityksestä ja hänen toiveistaan sen suhteen. Lisäksi potilaalle informoidaan, mitä leikkaussalissa tapahtuu ja ketkä siellä ovat paikalla. (Viitanen 1996, 55 - 56.) Potilaan on sitouduttava itsehoitoon sekä saamaansa ohjaukseen. Huono hoitoon sitoutuminen heikentää potilaan elämänlaatua, sillä se voi saada aikaan hoitotuloksen epäonnistumisen, vaikka toimenpide olisi sujunut hienosti. (Hautakangas ym. 2003, 65 - 66.)

3 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITE JA TOTEUTUSMENETELMÄ

Opinnäytetyön tarkoituksena on kartoittaa mitä on kulttuurinen kompetenssi ja minkälaista tutkittua tietoa on julkaistu neljästä uskonnosta tulevien potilaiden preoperatiivisessa hoitotyössä. Tarkastelussa ovat ortodoksisuus, Jehovan todistajat, katolisuus ja islamin usko. Opinnäytetyön tavoitteena on lisätä kulttuurista kompetenssia näistä uskontoryhmistä hoitotyössä, kehittäen hoitajan ja potilaan kohtaamista.

Opinnäytetyössä haetaan vastauksia seuraaviin kysymyksiin:

1. Mitä tarkoitetaan kulttuurisella kompetenssilla?
2. Minkälaista tutkittua tietoa on julkaistu Jehovan todistajapotilaiden, ortodoksilaispotilaiden, katolilaispotilaiden ja muslimipotilaiden preoperatiivisessa hoitotyöstä?

Tämä opinnäytetyö toteutetaan kuvailevan kirjallisuuskatsauksen menetelmällä ja sen lähestymistapa on kvalitatiivinen. Tieteellisenä tutkimusmenetelmänä kirjallisuuskatsauksen tarkoitus on koota yhteen tutkimusaiheesta jo olemassa olevaa tietoa (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013). Kirjallisuuskatsaukset jaetaan kolmeen eri ryhmään; kuvailevaan, systemaattiseen ja meta-analyysiin. Kuvailevaa kirjallisuuskatsausta luonnehditaan yleiskatsaukseksi, jossa ei ole tiukkoja sääntöjä. Aineistoa valitessa metodiset säännöt eivät rajaa ja käytetty aineisto on laaja. Tutkimuskysymykset voivat olla väljempiä kuin meta-analyysissä tai systemaattisessa kirjallisuuskatsauksessa. Traditionaalinen eli kuvaileva kirjallisuuskatsaus on itsenäinen metodi, joka pystyy tarjoamaan myös uusia tutkittavia ilmiöitä, joita voidaan käyttää myös systemaattisessa kirjallisuuskatsauksessa. (Salminen 2011, 6 - 7.)

Kuvaileva kirjallisuuskatsaus nimensä mukaan kuvaa olemassa olevien tutkimusten ominaispiirteitä ja luonnetta, eikä sen tarkastelutapa ei ole kovin systemaattinen. Tämän vuoksi ei katsaustyyppi ole erityisen luotettava, eikä sen käyttöarvo ole kovinkaan suuri. Tällä katsaustyyppillä luodaan yleissilmäys, jolla katsastellaan tutkimuskohdetta yleisellä tasolla. (Axelin ym. 2015, 12.)

Tutkimuskysymys toimii kuvailevan kirjallisuuskatsauksen pohjana tuottaen valitun aineiston perusteella laadullisen, kuvailevan vastauksen. Tutkimuskysymyksen muodostamista voidaan pitää kuvailevan kirjallisuuskatsauksen ensimmäisenä vaiheena. Tämän jälkeen valitaan aineisto, rakennetaan kuvailu ja tarkastellaan tuotettua tulosta. Luonteeltaan kuvaileva kirjallisuuskatsaus on aineistolähtöinen ja se tähtää ilmiön ymmärtämiseen. Kirjallisuuskatsauksista metodisesti kevyin muoto on narratiivinen eli kuvaileva kirjallisuuskatsaus, jota kutsutaan myös narratiiviseksi yleiskatsaukseksi. Sen on tarkoitus tiivistää aiemmin tehtyjä tutkimuksia laajemmasta prosessista. Yhteenveto tehdään johdonmukaisesti ja ytimekkäästi. (Ahonen ym. 2013.)

Aineistonkeruussa käytetään tieteellisiä tutkimuksia, ammattikirjallisuutta, julkaisuja ja artikkeleita, eri tietokantoja hyödyntäen (Cinahl, Pubmed, Cochrane, Medic). Manuaalisella haulla on löydetty tietokirjallisuuden lisäksi esimerkiksi Google Scholarin kautta tutkimusartikkeleita. Aineistohaku tutkimusartikkeleissa rajattiin vuosiin 2011 – 2016, tietokirjallisuudessa vuosiin 1986 – 2016. Tutkimusartikkelien sisäänottokriteereinä olivat niiden maksuttomuus ja kokotekstin saatavuus. Pääosassa olivat englannin- ja suomenkieliset tutkimusartikkelit, lisäksi yksi saksankielinen valikoitui joukkoon englanninkielisen tiivistelmän ansiosta. Aineiston valintaprosessi suoritettiin kolmivaiheisesti. Ensimmäisessä vaiheessa aineisto rajattiin otsikoiden perusteella, joka jo itsessään rajasi satoja tutkimusartikkeleita pois. Toinen vaihe sisälsi näistä jatkoon menneistä artikkeleista ne, jotka tiivistelmänsä perusteella sopivat aihealueeseen. Kolmannessa vaiheessa valittiin kokotekstiltään sopivat aineistot. Seuraavalla sivulla havainnollistetaan hakuprosessia taulukolla. (Taulukko 1.)

Taulukko 1. Tutkimusartikkelihaku eri tietokantoja hyödyntäen.

Tietokanta	Hakusanat	Osumat	Otsikon mukaan	Tiivistelmän mukaan	Koko tekstin mukaan	Tutkimus
Pubmed	"cultural problem nursing"	77	0	0	0	
Pubmed	"cultural competence"	127	4	1	1	Cultural competency of health-care providers at a Swiss University Hospital: self-assessed cross-cultural skillfulness in a cross-sectional study. Bodermann ym. 2014.
Pubmed	"muslim surgery patient"	202	1	1	1	Associations with Muslim patients in general practice surgeries - survey among German general practitioners Eissler ym, 2014.
	"surgery patient religion"	106	1	1	1	
	"religion surgery"	235	1	1	0	
Pubmed	"preoperative care nursing"	97	1	1	0	
Pubmed	"religion preoperative"	7	1	0	0	
Pubmed	"multicultural nursing"	34	1	0	0	
Pubmed	"surgery patient culture"	3312	0	0	0	
Pubmed	"jehovah child surgery"	3	1	0	0	
Cinahl	"muslim patient surgery"	1	0	0	0	
Cinahl	"multicultural nursing"	6	0	0	0	
Cinahl	"islam surgery patient"	76	1	1	1	Culturally Competent Nursing Care of the Muslim Patient, Charles & Daroszewski, 2012.
Cinahl	"jehovah surgery"	1	1	1	0	

Taulukko jatkuu seuraavalla sivulla.

Cinahl	"orthodox christianity"	4	0	0	0	
Cinahl	"catholic surgery"	1	0	0	0	
Cinahl	"orthodox surgery"	0	0	0	0	
Cinahl	"jehovah child patient"	0	0	0	0	
Cinahl	"catholicism nurse"	4	0	0	0	
Cinahl	"catholicism nursing"	16	0	0	0	
Cochrane	"orthodox patient care"	1	0	0	0	
Cochrane	"catholic patient"	42	0	0	0	
Cochrane	"religion surgery patient"	8	1	0	0	
Cochrane	"surgery preoperative culture"	284	1	0	0	
Medic	"kirurgia kulttuuri"	145	0	0	0	
Medic	"ortod* potilas"	704	0	0	0	
Medic	"uskonto preoperatiivinen"	22	0	0	0	
Medic	"kirurgia uskonto potilas"	773	0	0	0	

On huomattava, että tietokantahaku ei tuottanut tarpeeksi tulosta. Tietokantahaun lisäksi on turvauduttu manuaaliseen hakuun, jonka tuloksia esitellään seuraavan sivun taulukossa. (Taulukko 2.)

Taulukko 2. Manuaalisen haun lähteet.

Patient-centered care: the key to cultural competence. Baile & Epner 2012.
Maahanmuuttajan terveystarkastus. Oroza ym. 2016.
What can we learn about the need for transfusion from patients who refuse blood? The experience with Jehovah's Witnesses. Viele & Weiskopf 1994.
Surgery in Jehovah's Witnesses. Smith 1986.
Mitä on kulttuurien välinen kompetenssi. Huovila 2006.
Kriittisesti sairaan, verituotteista kieltäytyvän potilaan hoito – eettisiä näkökohtia. Louhiala & Rauhala 2012.
Risk-adjusted clinical outcomes in patients enrolled in a bloodless program. Dackiw ym. 2014.
The Papadopoulos, Tilki and Taylor Model for Developing Cultural Competence. Papadopoulos. 2008.
Kirurgian perusteet. Hammar 2011.
Mihin Suomi tänään uskoo. Heino 1997.
Hoitotyön taidot ja toiminnot. Henttonen ym. 2013.
Uskonnot Suomessa 2008. Käsikirja uskontoihin ja uskonnollistaustaisiin liikkeisiin. Kirkon tutkimuskeskuksen julkaisuja 102. Ketola & Virtanen 2008.
Muslimi potilaana ja asiakkaana Suomessa. Maïche 2013.
Kulttuurien kohtaaminen terveydenhuollossa. Tuominen 1998.
Religious Diversity: Practical Points for Health Care Providers. Chaplain 2012.
Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992.
Lastensuojelulaki 417/2007.
Verensiirrosta kieltäytyvän potilaan hoito. Surakka 2014.
Kulttuuritilasto 2013. Tilastokeskus 2013.
Joka kymmenes 25 – 44-vuotias on ulkomaalaistaustainen. Tilastokeskus 2016.

4 TULOKSET

4.1 Kulttuuri

4.1.1 Kulttuurinen kompetenssi

Kulttuurinen kompetenssi tai kulttuurikompetenssi käsitteenä tarkoittaa sitä, että pyritään sisäistämään toisen kulttuurin toimintatavat sekä tiedot siten, että osataan toimia sen kanssa mahdollisimman hyvin ja luontevasti. Kulttuurikompetenssiin liittyy olennaisesti myös kulttuurien välinen kompetenssi, jolla tarkoitetaan kykyä omaksua ja ymmärtää toista kulttuuria omasta kulttuurista riippumatta. Olennaisesti vieraan kulttuurin kanssa toimimiseen liittyy kyky saavuttaa toisesta kulttuurista saapuvan henkilön luottamus sekä kunnioitus. Myös omien ammatillisten taitojen sopeuttaminen sekä kyky kokea toisen kulttuurin kanssa työskentelyn luontevaksi ovat kulttuurikompetenssin ydinasioita. (Huovila 2006.)

Professori Irena Papadopoulos on yhteistyössä kollegoidensa Tilkin ja Taylorin kanssa kehittänyt kulttuurisen kompetenssin mallin, jota hän avaa IENE-projektissa (Intercultural Education of Nurses and medical staff in Europe). Malliin kuuluu neljä kohtaa, jotka määrittävät kulttuurista kompetenssia. Kohdat ovat kulttuurinen tiedostaminen, kulttuuritieto, kulttuuriherkkyys sekä varsinainen kulttuurinen kompetenssi. (Papadopoulos 2008.)

Ensimmäinen vaihe on kulttuurinen tiedostaminen. Se alkaa jokaisen omien arvojen ja uskomusten tarkastelulla. Kulttuurisen identiteetin rakentamiseen vaikuttaa olennaisesti ihmisen terveysuskomukset sekä terveyskäyttäytyminen. Myös stereotyyppien alkukanta on lähtöisin henkilöstä itsestään. (Papadopoulos 2008.)

Toinen vaihe on kulttuuritieto ja sen saavuttamiseen on olemassa useita eri keinoja. Merkityksellistä kohtaamista ihmisen kanssa, joka tulee eriävästä kulttuurisesta taustasta, voidaan edistää tietämyksellä heidän terveyskäsitteistään ja käyttäytymisestään sekä kasvattamalla ymmärrystä heidän varsinaista ongelmaansa kohtaan. Sosiologinen tutkimus osoittaa, että oppilaita voidaan rohkaista oppimaan ammatillista kontrollointikykyä tai kykyä kanavoida omaa persoonallisuuttaan epätasa-arvoa kohdatessaan. (Papadopoulos 2008.)

Kolmannen vaiheen eli kulttuurisen herkkyyden omaaminen on vaihe, jossa terveydenhuollon ammattihenkilö tarkastelee ihmistä hoitaessaan heitä. Jos asiakasta ja hoitajaa ei luonnehdita tasavertaisiksi todellisen kumppanuuden taholla ei kulttuurista herkkyydestä saavuteta. Silloin kun herkkyydestä ei saavuteta on kyse vain ammattihenkilön vallankäytöstä potilasta kohtaan. Todelliseen tasavertaiseen kumppanuuteen kuuluu hyväksyntä, luottamus, arvostus sekä kummankin ajatusten huomioon ottaminen sekä niistä neuvottelemine. (Papadopoulos 2008.)

Viimeisen vaiheen eli kulttuurisen kompetenssin saavuttaminen edellyttää synteesiä kaikkien edellä mainittujen kohtien kanssa. Terveystieteen ammattihenkilön tulee toimia kulttuurisen tiedostamisen, kulttuuritiedon sekä kulttuurisen herkkyyden mukaan. Edemäs mentäessä käytännön taitojen, kliinisten diagnoosien ja muiden hoidollisten taitojen sisäistäminen korostuu. Viimeisen vaiheen tärkein kohta on kyky huomata ja vaikuttaa rasismiin ja muihin syrjinnän muotoihin. Tämä malli vaikuttaa olennaisesti monikulttuuriseen hoitotyöhön, rasismien vastaisuuteen sekä epätasa-arvon havaitsemiseen. Malli on lähtöisin ihmisoikeus- sekä kansalaisoikeuslaista ja se vaikuttaa olennaisesti potilaan asemaan ja oikeuksiin. (Papadopoulos 2008.)

Kulttuurisesta kompetenssista löytyvä aikaisempi kirjallisuus keskittyy siihen pääosin kategorioimalla sekä käyttämällä monikulttuurista lähestymistapaa. Tämä sisältää uskomuksia, arvoja, asenteita tietyistä kulttuurisista ryhmistä. Tällainen lähestymistapa edellyttää tietotaitoa kyseessä olevan kansanryhmän tavoista ja tavoista, joita ei kulttuurissa käytetä. Materiaali keskittyy tällöin pääosin rotuun, uskontoon, etnisyyteen sekä kansallisiin ryhmiin. Ongelma kulttuurisen kompetenssin kliinisessä lähestymistavassa on kulttuurin dynaamisuus sekä moniulotteisuus. Kokemusperäisen tiedon kautta on saatu tietoa kulttuurin muuttujista. Kulttuurinen prosessi saattaa erota saman eettisen ryhmän kesken iän, poliittisen aseman, sukupuolen, uskonnon, etnisyyden ja jopa persoonallisuuden vuoksi. Tästä syystä kulttuuri on epäselvä käsite. Monikulttuurinen lähestymistapa kulttuurisen kompetenssin käsittelyssä luo enemmän stereotyyppisiä ajattelutapoja kuin kliininen lähestymistapa. Nykyaikaisempi kulttuurinen lähestymistapa kulttuurisen kompetenssin kliininen harjoittaminen keskittyy sosiaalisiin sekä kulttuurisiin ongelmiin, kommunikaatiotaitoihin ja terveysuskomuksiin, joita esiintyy kaikissa kulttuureissa. Kyseinen potilaskeskeinen lähestymistapa on neuvotteleva sekä identifioiva. Se käsittelee erilaisia kommunikaatiotyyplejä, päätöksentekotapoja, perheerooleja, seksuaali- ja sukupuoli-identiteettejä, luottamisongelmia sekä rasismia. (Baile & Epner 2012, 33 – 34.)

Nykyajan Euroopan väestön kasvaminen sekä monimuotoistuminen tarkoittavat sitä, että kulttuurisen hoidon on kehityttävä, sillä sitä tarvitaan tulevaisuudessa yhä enemmän. Sveitsin yliopistollisessa sairaalassa on tehty tutkimus, jossa vertailtiin hoitajien sekä lääkäreiden kulttuurisen hoitotyön taidokkuutta. Tutkimus liittyi ammattirooliin, taidonnäytteisiin, vieraan väestöryhmän kanssa työskentelyyn, työpaikkaan, kulttuurikompetenssiharjoitteluun sekä kulttuurisen hoitotyön ongelman tiedostamiseen. Tuloksena lääkärit saivat paremmat tulokset kulttuurisen kompetenssin kanssa työskennellessä, mutta yleisesti ottaen molemmat ammattiryhmät tarvitsevat paljon lisäharjoitusta monikulttuurisessa hoitotyössä. Tutkimus tukee tarvetta erityisesti hoitajien monikulttuurisen hoitotyön kehittämisestä. (Bodenmann ym. 2014.)

Kulttuurinen kompetenssi tarkoittaa kykyä ottaa huomioon ihmisen kulttuurinen tausta sekä taitoa toimia kyseisen henkilön kanssa luontevasti siitä riippumatta. Kulttuurinen kompetenssi on olennainen osa monikulttuurista hoitotyötä. On tärkeää, että hoitaja kykenee kulttuuriseen kanssakäymiseen potilaan kanssa ja haluaa ottaa selvää eri kulttuureista. Kulttuurisen kompetenssin mukaan toimiva hoitaja pyrkii vähentämään jännitteitä, olemaan avoin sekä joustava. Suomalaisten sairaanhoitajien tarve tietää erilaisista kulttuureista sekä kyky toimia vierasperäisen kulttuurin edustajan kanssa lisääntyy jatkuvasti. Sairaanhoitajan tulee pystyä osoittamaan potilaalleen kiinnostuksensa tämän kulttuurista. Hän myös hyväksyy ja kunnioittaa kulttuurin erilaisuutta sekä pyrkii laajentamaan omaa maailmankatsomustaan. Myös mahdollisten kulttuuristen rajojen kunnioitus potilaan valintoihin liittyen on tiedostettava. (Henttonen ym. 2013, 34.)

4.1.2 Monikulttuurinen hoitotyö

Vuorovaikutus on perustaito, jonka jo lapsi oppii varhaisessa vaiheessa. Vuorovaikutustaidot kehittyvät läpi elämän ja niiden kehittämistä voidaan myös harjaannuttaa. Hoitotyössä vuorovaikutustaito on suuri osa ammatin harjoittamista ja on erityisen tärkeää, että hoitaja tulee toimeen ihmisten kanssa, joilla on erilaiset arvot sekä maailmankatsomus. Potilaan kohtaaminen tulee olla yksilöllistä, ja myös uskonnolliseen sekä kulttuurisen taustan sisäistäminen on tärkeää. Etniseltä taustaltaan erilaisen henkilön kanssa hoitajan tulee huomioida tämän elekieli, ilmeet, asennot, sekä katsekontakti tai sen puuttuminen sekä etäisyys. (Henttonen ym. 2013, 28.)

Kulttuurisessa hoitotyössä jolloin eri ikäluokkaa, sukupuolta sekä kulttuuria edustavat kohtaavat tulee ottaa huomioon myös kielellinen kohtaaminen. Tällöin kieltä työvälineenä käyttäen pyritään saamaan potilas ymmärtämään sekä saamaan itsensä ymmärretyksi. Tämä ei ole välttämättä helppoa edes silloin kun äidinkieli on sama, joten ihmissuhdetaidot ovat välttämättömiä. Myös potilaan tunteiden tulkitseminen, omien tunteiden esiintuominen helpottaa viestintää eri etnisen taustan omaavan potilaan kanssa. Monikulttuurisen hoitotyön kulmakiviä ovat molempien osapuolien keskinäinen kunnioitus, aitous sekä tasavertaisuus. (Henttonen ym. 2013, 28.)

Vieraasta kulttuurista tuleva potilas tuo hoitajalle haasteita hoidon tarpeen määrittämisessä. Kansainvälistyminen on lisännyt haasteita vuorovaikutuksen kanssa, joita ovat esimerkiksi vuorovaikutus-, ihmissuhde- ja kommunikaatiotaitojen korostuminen sekä muiden maiden terveysjärjestelmän ja kulttuurin tuntemiseen ja sisäistämiseen liittyvät haasteet. Kulttuurisen vuorovaikutuksen tärkeys lisääntyy entisestään, kun otetaan huomioon äidinkieleltään täysin vierasta kieltä puhuvat henkilöt ja heidän kielellinen rajallisuutensa. Kun kielellisen ilmaisun kanssa ei ole mahdollista saada itseään ymmärretyksi on turvauduttava kehonkielellisiin merkkeihin sekä oireisiin. Kehonkielen lisäksi voidaan käyttää myös muita menetelmiä kuten valokuvia ja piirtämistä. Jos vaihtoehtoismenetelmät eivät selkeytä asiaa eikä yhteistä ymmärrystä saavuteta on hoitohenkilökunnan velvollisuus hoitaa paikalle tulkki. Kielellisen vajavuuden kanssa ongelmia kohtaavat maahanmuuttajat kokevat kuitenkin suuremmaksi ongelmaksi isäntämaan sosiaalisten vuorovaikutustaitojen puutteellisuuden. (Henttonen ym. 2013, 30 – 31.)

Voimistuneen monikulttuurisuuden lisääntyminen Suomessa vaikuttaa olennaisesti kulttuurien väliseen vuorovaikutukseen sekä ammatillisiin tehtäviin. Kulttuurilla on myös merkittävä vaikutus terveyteen ja sairauteen, siksi terveydenhuollon parissa työskentelevän ammattihenkilön on otettava huomioon potilaansa kulttuurinen tausta. On tietenkin muistettava sosiaali- ja terveysalaan liittyvät normit, joita kaikkien on kulttuurisesta taustastaan huolimatta noudatettava, esimerkiksi hygienian ylläpitämiseksi on pukeutumiseen liittyviä rajoituksia. (Henttonen ym. 2013, 32.)

Jokainen ulkomaalainen potilas on individualistinen kokonaisuus ja niin häntä tulee myös hoitaa. On kuitenkin olemassa kymmenen kohtaa sisältävä muistilista, jonka kanssa terveysalan ammattihenkilö voi käyttää apuvälineenä eri kulttuurista olevan potilaan kanssa asioidessa. Ohjeita voidaan soveltaa myös suomalaisen potilaan kanssa asioidessa,

mutta erityisesti eri kulttuurista saapuvan kanssa toimiessa. Kohtia tulee soveltaa riippuen kulttuuritaustasta sekä hoitotyön tekijän omien havaintojen mukaan. (Tuominen 1998, 29.)

Ensimmäisenä kohtana on ajan varaaminen. Eri kulttuurista olevan potilaan kanssa tulee varata aluksi enemmän aikaa, sillä potilaan kanssa tutustuminen sekä vuorovaikutussuhteen luominen saattavat viedä enemmän aikaa. Toisena ohjeena tulee muistaa rauhallinen aloitus. Toiminta on syytä aloittaa niin, että työtapojen hygieenisuus korostuu. On tärkeää vaihtaa kuulumisia ennen varsinaista käynnin syyhyn siirtymistä. Potilaan kanssa tulee keskittyä potilaaseen sekä tämän kuuntelemiseen ja läsnä olemiseen. Kolmantena vaiheena on tulkkaus, eli mahdollisen tulkin tarpeen arvioiminen. Jos hoitotyön tekijän mielestä tulkki on aiheellinen, se varataan. Tulkkia varattaessa tulee muistaa, että suositetaan mieluummin ammattitulkkia kuin sukulaista. Seuraavaksi tulee kartoittaa potilaan elämän taustatietoja. Aloittaessa on hyvä selvittää, mistä, miten, miksi, milloin hän on tullut Suomeen. Taustatietojen hankinnassa tulee noudattaa hienovaraisuutta. Tiedot on kuitenkin hyvä saada selville, sillä ne saattavat olennaisesti vaikuttaa sekä psyykkisiin, että somaattisiin oireisiin. Viidentenä kohtana on luottamuksen herättäminen. Etenkin ulkomaalaistaustaisella potilaalla saattaa olla ennakkoluuloja suomalaista terveydenhoitoa kohtaan, joita voidaan lieventää luottamuksen avulla. (Tuominen 1998, 29 – 30.)

Kuudentena kohtana on potilastietojen kirjaaminen sekä oikeellisuuden varmistaminen. Potilasta koskevat taustatiedot saattavat eriytyä runsaastikin, mikäli kyseessä on vieraasta maasta kotoisin oleva potilas ja siksi potilastietojen kirjaaminen tulee olla huolellista. Varmennuskysymysten avulla pystytään määrittämään oikeellisuus. Myös potilaan perhekäsitys on tärkeää selvittää, sillä sairauden kulkuun saattaa olennaisesti vaikuttaa se, kuinka moni henkilö nukkuu ja syö potilaan kanssa samassa tilassa. Seitsemäntenä on diagnoosin teko, jota tehdessä on tärkeää kuunnella potilasta tarkkaavaisesti. Potilaalla saattaa olla oma diagnoosi jo valmiina hänen tullessaan vastaanotolle, sitä ei saa suoralta kädeltä tyrmätä. Tyrmäämisen sijaan tulee esittää hänelle oma diagnoosiehdotus sekä keskustella hänen versiostaan ja saada näin aikaan kompromissi. Tällä lisätään myös hoitomyöntyvyyttä. (Tuominen 1998, 30 – 32.)

Kahdeksas kohta selostaa jatkohoitoa. Tällöin on hyvä muistaa, että mitä eksoottisemmasta kulttuurista potilas tulee, sitä tarkemmin ohjeet on hyvä selostaa. Ohjeet tulee antaa selkokielellä, loogisesti sekä riittävän hitaasti. Lääkkeiden kanssa tulee antaa myös tarkat ohjeet. Lopuksi tulee kerrata hoito-ohjeet sekä varmistaa, että potilas on

ymmärtänyt kaiken oleellisen. Yhdeksäs kohta on käytettyjen sanojen tarkka valinta. Ohjatussa potilasta tulee olla määrätietoinen sekä ammattitaitoinen, sillä potilas kuvittelee terveysalan ammattihenkilön tietäväksi auktoriteetiksi. Epävarma käytös saattaa potilaan silmissä vähentää arvovaltaa. Viimeisenä eli kymmenentenä kohtana on auktoriteettina toimiminen. Tällä tarkoitetaan toimintaa, joka osoittaa potilaalle hallitsevaa ammattitaitoa. Auktoriteettina toimiessa vältetään liikaa empaattisuutta sekä pyritään toimimaan potilaan odottaman auktoriteetin mukaisesti. (Tuominen 1998, 30 – 32.)

4.2 Uskonnot

4.2.1 Ortodoksisuus

Ortodoksinen kirkko on eri paikalliskirkkojen yhteenliittymä ja siihen kuuluu useita eri kirkkoryhmittymiä. Suomeen ortodoksinen kirkko on rantautunut vasta 1740-luvulla, kun Ruotsi menetti Karjalan ja myöhemmin koko Suomen Venäjälle. Tämä tarkoitti ortodoksisen kirkon aseman parantumista. Suomen itsenäistymisen ansiosta Suomessa toimivat ortodoksiset hiippakunnat myönnettiin itsenäisiksi. Toisen maailmansodan jälkeen ortodoksisen kirkon jäsenmäärän lasku on ollut huomattavaa 1990-lukuun saakka. Nykyisin ortodoksisen kirkon jäsenmäärän tasainen nousu on kytköksissä venäjänkielisen väestön maahanmuuttoon, sillä huomattava määrä kirkkoon liittyjistä on Suomeen saapuneita maahanmuuttajia. (Ketola 2008, 45, 51-52.)

Uskonnon varsinainen keskittymä on jumalanpalvelus eli liturgia. Liturgia pitää sisällään rukousta, papin ja kuoron vuorolaulua, kulkueita, suitsutusta ja huippuna ehtoollinen. Ortodoksiseen kirkkoon kuuluu olennaisesti myös seitsemän sakramenttia. Sakramentit ovat kaste, mirhalla voitelu, rippi, avioliitto, sairaanvoitelu, ehtoollinen sekä pappisvihkimys. Ortodoksien tärkein juhla on pääsiäinen. Ortodoksisen kulttuuriin kohdistuva kiinnostus on lisääntynyt viime vuosien aikana. Kirkollinen toiminta noudattaa yleisortodoksista perinnettä. Suomen ortodoksisella kirkolla on nuoriso-, diakonia- ja opiskelijatoimintaa sekä oma yhdistys, joka tekee lähetystyötä. Lapsille järjestetään pyhäkouluja ja kristinopillisia kouluja, joiden päätehtävänä on ortodoksisen perinteen säilyttäminen ja tuntemus. Suomen ortodoksinen kirkko on jo pitkään vaikuttanut sekä kotimaiseen, että kansainväliseen ekumeeniseen toimintaan. (Heino 1997, 65-67.)

Ortodoksisen kirkon aseman määrittelee vuonna 1969 asetettuun lakiin ortodoksisesta kirkkokunnasta. Sen mukaan kirkon ja valtion suhde esiintyy samantapaisesti kuin evankelis-luterilaisen kirkon. Kirkko on jaoteltu kolmeen hiippakuntaan, hiippakunnat jaotellaan seitsemään valvontapiiriin ja 25 seurakuntaan. Kirkon piispat nimittävät virkaansa tasavallan presidentti. Ylin päätöksenteko tapahtuu kirkolliskokouksessa ja korkein toimeenpanovalta on kirkollishallituksella. Suomen ortodoksinen kirkko toimii autonomiassa, Konstantinopolin patriarkaatin mukaisesti. Seurakuntien hallinto tapahtuu suurelta osin samalla tavalla kuin luterilaisella kirkolla. Ortodoksinen teologia koulutus toimii humanistisessa tiedekunnassa, joka pohjautuu Ortodoksisen teologian laitokseen. Kirkon talous perustuu kirkollisveroon ja piispojen sekä papiston palkat maksaa valtio. (Heino 1997, 66.)

Kirkko opettaa elämän olevan Jumalan lahja ja sen, että ihminen on luotu Jumalan kuvaksi. Tästä syystä he uskovat ihmiselämällä olevan aivan erityinen arvo. (Ketola 2008, 48.) Myös heidän preoperatiivisessa hoidossaan tulee muistaa tietynlainen säädyllyisyys sekä huomioida heidän uskonnollinen vakaumuksensa. Krusifiksit sekä ikonit ja muut uskontoon liittyvät esineet ovat ortodokseille erittäin suuressa roolissa. He haluavatkin usein mukaansa esimerkiksi leikkaukseen jonkin heille uskonnollisesti merkittävän esineen. Kuoleman ollessa odotettavissa myös ortodoksi haluaa paikalle seurakuntansa papin kenelle hän tunnustaa syntinsä. Pappi suorittaa myös sairaanhoitot. Vain pappi voi suorittaa ortodoksisen kirkon sakramentit. Häätapauksessa esimerkiksi hätäkasteteissa kasteen voi suorittaa toinen ortodoksi. Potilas saattaa myös paastota, joten hoitohenkilökunnan tulee ottaa tämä preoperatiivisessa suunnittelussa huomioon. Myös mahdolliset tulkkiasiat tulee huomioida jo etukäteen. (The Office of Diversity 2012.)

4.2.2 Jehovan todistajat

Jehovan todistajat ovat olleet kautta aikojen yksi yleisimmistä uskonnoista Suomessa (Heino 1997, 175; Tilastokeskus 2013). Jehovan todistajat katsovat olevansa ainoan oikean uskonnon edustajia, täten he eivät osallistu ekumeenisiin eli kristillisiin liikkeisiin. Mikäli ei löydy ristiriitaa Raamatun periaatteiden kanssa, voivat Jehovan todistajat noudattaa lakeja ja esivallan määräyksiä. (Heino 1997, 180.) Monia kristillisiä perinteitä, kuten ristinkäyttöä sekä pääsiäisen, joulun ja syntymäpäivien viettoa, pidetään pakanallisina. (Heino 1997, 180; Ketola & Virtanen 2008, 154.) Opetuksessaan Jehovan todistajat

korostavat Raamatun arvovaltaa ja sitä tulkitaan kirjaimellisesti, ellei ole selvästi osoitettavissa, että teksti on vertauskuvallinen. Raamattu on siis isossa roolissa – kaikki opetukset perustuvat siihen ja itsenäinen tutkiskelu on suositeltavaa. (Ketola & Virtanen 2008, 152.)

Jehovan todistajien toimintaan liittyy vahvasti käännystoiminta, joka voidaan erottaa kuuteen vaiheeseen. Ensimmäisessä vaiheessa Jehovan todistaja käynnillään kertoo itsestään ja jättää kotiin luettavaa. Kirjallisuutta vastaanottaneet täten luokitellaan kiinnostuneiksi. Toisessa vaiheessa suoritetaan uusintakäynti, jolloin käydään kyselemässä mitä he pitivät lukemastaan. Kolmannessa vaiheessa kehoitetaan henkilöä kutsumaan ystäviään kotiinsa tutkimaan jotain seurauksen julkaisua. Neljäs vaihe sisältää kutsun valtakunnansalille, kun taas viidennessä vaiheessa henkilön odotetaan opettelevan ovelta ovelle - työtä. Kuudes eli viimeinen ja lopullinen askel Jehovan todistajaksi on kasteen ottaminen. (Heino 1997, 177 – 178.)

Perusteena jäsenyydelle toimii Raamatun käytös- ja moraaliperiaatteiden sekä uskonkäsitysten noudattaminen (Heino 1997, 178). Mikäli henkilö toivoo todistajaksi tulemista, tulee hänen pidättäytyä runsaasta alkoholinkäytöstä, tupakoinnista, avioliiton ulkopuolisista suhteista sekä homoseksualismista (Heino 1997, 178; Ketola & Virtanen 2008, 153). Kaste tapahtuu upotuskasteena, mutta ollakseen todistaja, tulee henkilön myös osallistua evankelioimistyöhön (Heino 1997, 178).

Jehovan todistajat eivät syö verta sisältäviä ruokia. He eivät myöskään hyväksy verensiirtoa, sillä he uskovat sielun olevan veressä. (Heino 1997, 180; Ketola & Virtanen 2008, 153.) Jehovan todistajat kieltäytyvät lähes tulkoon kaikille veren osille; punasolut, valkosolut, verihiutaleet ja plasma ovat niin ikään kiellettyjen listalla. Jotkin veren osat ovat kuitenkin sallittuja, kuten albumiini ja immunoglobuliini. Yleisesti potilaan omasta säilytyksestä verestä tulisi myös kieltäytyä. (Chaplain 2012.)

Suomessa potilasta tulee kohdella niin, ettei tämän ihmisarvoa loukata ja että tämän yksityisyyttä sekä vakaumusta kunnioitetaan. Potilasta on mahdollisuuksien mukaan voitava hoitaa muilla lääketieteellisesti hyväksyttävillä tavoilla, mikäli hän kieltäytyy tietyistä hoidosta. Vasten potilaan tahtoa ei saa antaa sellaista hoitoa, johon potilas on aiemmin vakaasti ilmaissut hoitoa koskevan tahtonsa. Mikäli alaikäinen kykenee kehitys- ja ikätasoltaan päättämään hoidostaan, tulee häntä hoitaa yhteisymmärryksessä. Muussa tapauksessa alaikäisen huoltaja tai muu laillinen edustaja päättää hoidosta. Hänellä ei ole

kuitenkaan oikeutta kieltää potilaalle annettavaa tarpeellista hoitoa, jos potilaan henki tai terveys ovat uhkaavassa vaarassa. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992.)

Kun Jehovan todistaja kieltäytyy verituotteista silloin, kun niitä tulisi tavanomaisen hoitokäytännön mukaan antaa, on ristiriita ilmiselvä. Traumapotilaan hoidossa tämä ristiriita edellyttää nopeita ratkaisuja. Potilaalta tulee saada varmuus hänen vakaumuksestaan ja potilaan tulee puolestaan saada tarpeeksi tietoa toimenpiteen riskeistä, kulusta, hoitomahdollisuuksista ja verensiirrottomuuden aiheuttamista rajoituksista niihin. Potilaan tulee aidosti ymmärtää, mitä kieltäytymisestä mahdollisesti seuraa. (Louhiala & Rauhala 2012.) Itse potilastietoihin tulee merkitä tarkasti verensiirtoon liittyvien asioiden kulku. Verensiirtoon myös tarvitaan potilaan suostumus, poikkeuksena ellei laissa määrätä toisin. Jos kyseessä on epäselvä tapaus, on suostumus varmistettava kirjallisesti. (Surakka 2014.) Lääkäri voi myöskin kieltäytyä verensiirrottomasta toimenpiteestä, jos hän katsoo, että verituotteista pidättäytyminen toisi liian suuria riskejä (Louhiala & Rauhala 2012).

Tutkimusten mukaan ihmiset sietävät hämmästyttävän hyvin normovoleemista, veren normaalin tilavuuden, anemiasa. Usein tutkimuksien taustalla on vakaumuksensa takia verensiirrosta kieltäytyvä Jehovan todistaja. (Hiippala 2004.) Kun hemoglobiiniarvo laskee alle arvon 50 g/l, liittyy leikkauksen aiheuttamaan vaikeaan anemiaan selkeä kuolleisuuden riski. Pienin mitattu hemoglobiinipitoisuus on ollut kuitenkin alle 30 g/l, jolloin potilas on selviytynyt verensiirrottomasta leikkauksesta. (Viele & Weiskopf 1994.) Yleinen viitearvo hemoglobiinille naisilla on 120 g/l ja miehillä 130 g/l (Käypä hoito-suositus 2014). Kuolleisuuden lisääntyminen ei kuitenkaan painottunut vain ikääntyneisiin potilaisiin, vaan se hajautui melko tasaisesti eri ikäryhmiin, jolloin kyse oli lähinnä potilaan sairaudesta ja leikkausryhmästä (Viele & Weiskopf 1994). Verettömiä leikkauksia on siis mahdollista suorittaa potilaille, jotka kieltäytyvät verensiirroista (Broomer ym. 2014). On kuitenkin todettu, että verensiirrottomassa leikkauksessa olleet Jehovan todistajat kokevat useammin ongelmia kehon immunestekierrossa, aivoihin, maksaan sekä munuaisiin liittyvissä toiminnoissa ja yleisimpänä, haavojen paranemisessa (Smith 1986).

Potilas saattaa ilmaista toiveensa eri tavalla ollessaan perheen kanssa läsnä kuin kahden kesken lääkäriänsä kanssa keskustellen. Tällöin potilas voi painottaa vakaumusta, mutta lopullisen päätösvallan hän saattaa jättää lääkärille, jolloin lääkäri on velvollinen kunnioittamaan potilaan tahtoa ja välttämään verituotteiden antoa viimeiseen saakka, kunhan se on turvallisesti mahdollista. Välittömiä toimenpiteitä edellyttävissä tilanteissa joudutaan kiireellisiin ratkaisuihin. Hoitohenkilöstön tulee olla vakuuttunut potilaan va-

kaumuksen aitoudesta, jotta kieltäytymiselle voi panna painoa. Muiden ihmisten vakuutukset eivät kuitenkaan riitä potilaan hoitopäätösten tueksi, jos itse potilas on tajuton. (Louhiala & Rauhala 2012.)

Aiemmin ilmaistua hoitotahtoa pääsääntöisesti on kunnioitettava, mikäli se on varmuudella riittävän informoituna eikä ole epäilystä, että hoitotahto olisi laadinnan jälkeen muuttunut. Nykyään vaativassakin kirurgiassa päästään hyviin tuloksiin verituotteita käyttämättä huolellisilla leikkaus- ja anestesiatekniikoilla. Näistä vaihtoehtomenetelmistä on kuitenkin vain vähän tutkimuksiin pohjautuvaa tietoa ja tietämys voi vaihdella ammattikunnittain. (Louhiala & Rauhala 2012.)

Suomessa ei ole tiettävästi käsitelty oikeudessa potilaan kieltäytymistä verituotteista. Kun kyseessä on hengenvaarallinen tilanne, vallitsee potilaan oikeuksien, lääkärin velvollisuuksien ja oikeuksien sekä molempien osapuolten eettisten näkemysten välillä riskiä. Olisi kuitenkin hyvä ymmärtää verituotteista kieltäytyvän potilaan hoidossa uskonnollisen yhteisön hyväksynnän merkitys, potilas ei nimittäin pyri hankaloittamaan hoitoa valinnallaan, eikä kieltäytymisen tavoitteena ole oikeudellinen seuraamus. Osaksi hyvää hoitoa voidaan laskea kulttuurin ja uskonnon tuomien haasteiden ymmärtämisen. Tätä voidaan toteuttaa ja edistää yhtenäisellä ja asiantuntevalla tiedottamisella verituotteista kieltäytyvälle potilaalle keskustelulla ratkaisujen eettisistä ja lääketieteellisistä näkökulmista. Jotta tämä toteutuisi, tarvitaan selkeää, helposti kiireessäkin löytyvää ohjeistusta. (Louhiala & Rauhala 2012.)

Jos Jehovan todistajan selkeästi antaman verensiirtokiellon noudattamisen seurauksena aikuinen potilas menehtyy, ei lääkäri syyllisty laiminlyöntiin. Alaikäistä verensiirtokieltoista potilasta hoidettaessa tulee selvittää lapsen mielipide, jos se on hänen ikäänsä ja kehitystasoonsa katsottuna mahdollista. Koska laissa ei ole tähän ikärajaa, tulee päätöksentekokyky arvioida terveydenhuollon ammattihenkilöstön toimesta. Jos alaikäisellä potilaalla on henkeä uhkaava vaara, tulee sitä torjua tarpeellisella hoidolla, kuten esimerkiksi verensiirrolla. Tällöin alaikäisen potilaan huoltajalla ei ole oikeutta kieltää hoitoa tältä. Välttämättömän toimenpiteen suorittamisesta tekee päätöksen terveydenhuollon ammattihenkilö, mikäli potilaan terveys tai henki on vaarassa. Tästä päätöksestä tehdään kirjaus perusteluineen potilasasiakirjoihin. (Surakka 2014.) Taustalla toimii lastensuojelulaki, jolla pyritään turvaamaan lapsen oikeus turvalliseen ja virikkeelliseen kasvuympäristöön, sisällyksekääseen ja tasapainoiseen kehitykseen sekä myös erityiseen suojeluun (Lastensuojelulaki 417/2007).

Jos potilas tarvitsee välitöntä hoitoa, on hänelle annettava henkeä uhkaavan vaaran torjumiseksi tarvittava hoito. Kun kyseessä on tajuton potilas, selvitetään hänen tahtoaan vastaava hoito sekä kuullaan potilaan laillista edustajaa tai muuten läheistä henkilöä. (Surakka 2014.) Jehovan todistajan matkassa on usein verensiirtokortti, joka ilmaisee hänen hoitotahtonsa verensiirtoihin (Chaplain 2012; Surakka 2014). Tulee arvioida tapauskohtaisesti, mikä on potilaan edun mukaista, mikäli hoitotahdosta ei ota selvää (Surakka 2014).

Jehovan todistaja on usein omatuntonsa ohjaama. Elinsiirrot ja -luovutukset ovat sallittuja, mutta nämäkin tapahtuvat vain potilaan omatunnon salliessa. Jehovan todistajat ovat yleensä hyvin valmistautuneita etsiäkseen kaikki mahdolliset hoitovaihtoehdot terveydenhuollon ammattilaisen kanssa, jottei hoito vaikuttaisi uskonnollisiin huolenaiheisiin. Vastoin yleisiä harhaluuloja, henkiparannus ei kuulu Jehovan todistajien perinteisiin, rukouksia lausutaan mukavuuden ja kestokyvyn vuoksi. (Chaplain 2012.)

4.2.3 Katolisuus

Noin 1050 miljoonaa maailman kaikista kristityistä kuuluu kristinuskon läntiseen päähaaraan, roomalaiskatoliseen kirkkoon. Suomessa katolisen kirkon historia jaotellaan kahteen jaksoon. Keskiajalla katolinen kirkko saapui Suomeen lännestä ja pyrki juurruttamaan kristinuskoa 1000-luvulta alkaen. Uskopuhdistuksen yhteydessä 1520-luvulla katolinen kirkko kiellettiin Suomessa ja katolisen kirkon toiminta lakkautettiin. 1700-1800-lukujen vaihteessa, kun Suomi liitettiin Venäjään, katolinen kirkko saattoi taas palata Suomeen. Kirkollishallinnon alueeksi Suomi todettiin 1920-luvulla. 1929 katolinen kirkko merkittiin uskonvapauslain kautta uskonnollisten yhdyskuntien rekisteriin. (Heino 1997, 70.) Nykyään katolisella kirkolla on seitsemän seurakuntaa ja kirkon jäsenmäärä on kasvanut aina 1990-luvulta alkaen maahanmuuton seurauksena (Ketola 2008, 43-44).

Katolisen kirkon opit tulevat suoraan Raamatusta ja traditio liittyy siihen erottamattomasti. Kirkon opinkappaleet ovat dogmeja ja ne sisältävät Jumalan ilmoitukseen perustuvaa kirkon opetusta. Ekumeenisten kirkolliskokousten päätökset ovat opetuksen asiakirjoista tärkeimpiä ja niitä tunnustetaan yhteensä 21 kappaletta. Kirkko tunnustaa seitsemän sakramenttia, joiden uskotaan olevan Kristuksen asettamia uskovien pyhittämistä varten. (Ketola 2008, 39 – 40.) Sakramentit ovat kaste, konfirmaatio, rippi, ehtoollinen, pappeus, avioliitto sekä sairaiden voitelu (Heino 1997, 72; Ketola 2008, 41). Pyhimykset

ja pyhät ovat olennaisia katolisen kirkon opeissa. Heitä ei kuitenkaan palvota, sillä palvelominen kuuluu Jumalalle. Pelastuskäsityksen mukaan ihminen pelastuu yksinomaan Jumalan armosta. Kaste on osa pelastuskäsitystä. Kuolemantuomioon, eutanasiaan sekä aborttiin kirkon kanta on jyrkän kielteinen. Seksuaalisuus ja seksi ovat katolisen kirkon oppien mukaan pyhiä, ja kuuluvat avioliittoon. (Ketola 2008, 39 – 41.)

Viimeisen sadan vuoden aikana katolinen kirkko on tehnyt suuren määrän uudistuksia, jotka vaikuttavat sen asemaan Suomessa. Nykyään jumalanpalveluskieli on suomen kieli ja seurakunnan osallistuminen on vahvistunut huomattavasti. Katolisen kirkon perinteen säilyttämiseksi sekä uskonelämän syventämiseksi seurakunnat järjestävät lapsille ja nuorille kerho- ja leiritoimintaa sekä uskonnon opetusta, aikuisille raamattu- ja opintopiirejä, kursseja sekä keskustelutilaisuuksia. Avustustyötä kirkko tekee sairaiden ja iäkkäiden sekä pakolaisten ja turvapaikanhakijoiden keskuudessa. Myös kehitystyö ja katastrofiapu kuuluvat katolisen kirkon avustustyön piiriin. (Heino 1997, 72.)

Katolisen potilaan preoperatiivisessa hoidossa tulee ottaa huomioon hänen uskonnollinen vakaumuksensa. Esimerkiksi katolisen kirkon sakramentit sekä rukoukset ovat erittäin tärkeässä osassa silloin, kun kuoleman riski on läsnä ja potilas saattaa toivoa mahdollisuutta synninpäästään sekä ehtoolliseen. Hoitohenkilökunnan tulee tällöin järjestää tämä mahdollisuus resurssien mukaisesti. Lähellä kuolemaa olevalle potilaalle taas tulee järjestää mahdollisuus sairaanvoiteluun. Sairaanvoitelun suorittaa katolisen kirkon pappi. Pappi voi myös rukoilla potilaan kanssa. Sairaanvoitelun lisäksi potilas saattaa toivoa kastetta papilta. Hätätapauksessa kasteen voi suorittaa myös itse katolisen kirkon jäseneksi kastettu henkilö. (Chaplain 2012.)

Hoitohenkilökunnan tulee myös muistaa katolisten tapa pitää mukanaan uskonnollisia esineitä kuten koruja, amuletteja tai rukousnauhoja. Potilaan pyynnöstä hänelle tärkeä esine voidaan jättää hänen lähelleen esimerkiksi leikkauksen ajaksi, vaikka se ei saisi-kaan varsinaisesti potilaaseen koskea. Myös mahdollisuutta esineen vaihtamiseen metallisesta ei-metallia sisältävään samantapaiseen esineeseen voidaan potilaalle ehdottaa. Tällä tavoin potilaan uskonnollista vakaumusta kunnioitetaan terveydellisten asioiden puitteissa. (Chaplain 2012.)

Katoliselle potilaalle uskontoon liittyvät juhlapäivät ovat erityisen tärkeitä. Siksi hoitohenkilökunnan tulee varautua järjestelyihin, jos potilaan leikkaus tai toimenpide on jonain kyseisenä päivänä. Potilaalle voidaan esimerkiksi ehdottaa hänen puhuvan oman seurakuntansa papiston tai esimerkiksi sairaalapapin kanssa. Myös moraalisten kysymysten

purkamiseen tulee varautua katolisen potilaan preoperatiivisessa hoitotyössä. Häntä saattaa askarruttaa hoitoon liittyvät päätökset ja silloin hoitohenkilökunnan tulee olla valmiita tukemaan sekä ohjaamaan potilasta siten, että tämän uskonnollinen vakaumus huomioidaan. Potilas saattaa myös tarvita kasvisruokavalion uskonnollisten juhlien läheisyydessä. Hoitohenkilökunnan on tärkeää kartoittaa samantapaiset tiedot jo preoperatiivisessa vaiheessa. (Chaplain 2012.)

4.2.4 Islamin usko

Islam on maailman nopeimmin kasvava uskonto. Muslimit jaetaan kahteen suurempaan ryhmään; sunni- ja shiiamuslimeihin. (Maïche 2013, 25.) Vuodesta 1995 vuoteen 2013 Islamin uskon osuus koko Suomen väestön uskonnoista on yli kymmenkertaistunut (Tilastokeskus 2013).

Islamilla on viisi uskonpilaria; uskontunnustus, rukous, paastoaminen, almujen antaminen ja käynti Mekassa, mikäli se on mahdollista. Tavoitteena on pyrkiä noudattamaan pilareita enemmän tai vähemmän uskollisesti, jolloin muslimi käy alituisesti suurta pyhää sotaa eli jihadia itsensä kanssa vahvistaen uskoaan, yrittäen parantaa tapojaan ja tullakseen entistä paremmaksi ihmiseksi, esimerkiksi rukoillen vähintään viisi kertaa päivässä, mielellään suorittaen vapaaehtoisia rukouksia lisäksi. Paastoamisen nähdään vaikuttavan positiivisesti muslimiin, vahvistaen niin sosiaalisia kuin psykologisia arvoja. Se koskee fyysisesti ja psyykkisesti terveitä miehiä ja naisia ja kestää noin 30 päivää vuodesta. Paasto tapahtuu aamunkoitosta auringonlaskuun ja silloin ei syödä, juoda eikä harrasteta seksiä. Töissä kuitenkin käydään normaalisti. (Maïche 2013, 24 – 25, 38, 41.)

Yleisimpiä muslimien ongelmia ja haasteita Suomessa ovat puutteellinen tai puuttuva kielitaito, ulkomaalaisten ja kantaväestön kulttuuriset erot, niiden ymmärtäminen ja hyväksyminen sekä äidinkielen koulutuksen ja Koraanin opetuksen riittämättömyys. Lisäksi työttömyys, muslimityöntekijän ja rukousaikojen tuomat vaatimukset, median sensaatiohakuisuus ja yleistäminen sekä muslimin sopeutuminen uusiin, poikkeaviin olosuhteisiin usein tuottavat ongelmia muslimeilla Suomessa. (Maïche 2013, 19.)

Suhtautuminen kipulääkkeisiin, aborttiin ja saattohoitoon voi poiketa rajustikin koulukuntien välillä. Terveystieteeseen suhtautuminen määräytyy Koraanin mukaan, jota pidetään myös keinona parantua taudeista rukouksen ohella. Muslimit pitävät sanoja henkisenä tai psykiatrisena hoitomuotona. Moni muslimi ei ole kuitenkaan koskaan lukenut Koraania ja tämän vuoksi heillä ei välttämättä ole tietoa islamilaisesta juridiikasta, saati sen lääketieteellisistä määräyksistä. (Maïche 2013, 29.)

Potilasta ei tule kätellä, mikäli käteltävä on vastakkaista sukupuolta (Chaplain 2012; Maïche 2013, 50). Muslimin päätä ei myöskään tule koskaan koskettaa edes lohdutusmielessä, siihen saa koskea vain lääketieteellisissä tutkimuksissa, mikäli se on tarpeen (Charles & Daroszewski 2012, 62). Silmiin katsomista pidetään Suomessa eleenä, joka herättää luottamusta, mutta muslimille se heijastaa kuvaa huonosta kasvatuksesta. Suoraan silmiin katsominen voidaan nähdä myös epäkunnioittavana, jopa aggressiivisena. Samaten tuijotus ja pitkittynyt katse voivat vaikuttaa seksuaalisen kiinnostuksen merkeiltä. (Maïche 2013, 50.) Tämän vuoksi muslimit voivatkin vältellä katsekontaktia säädylisyyttään (Chaplain 2012).

Saksassa tiedetysti monet muslimipotilaat ovat perhelääkäreiden hoidossa yleislääkäreiden sijaan. Saksalaisessa tutkimuksessa pyydettiin 90 yleislääkärää listaamaan subjektiivisia ajatuksia koskien muslimipotilaita. Suurin osa haastatelluista lääkäreistä piti muslimipotilaan hoitoa hankalana. He liittyivät muslimipotilaisiin kommunikaatio-ongelmat, erityyppisen ymmärtämisen sairauksiin sekä kontaktipelon liittyen tutkimustilanteisiin. Huomattavasti vähemmän oli huomioitu positiivisia mielle yhtymiä ja tutkimustilanteita. Muslimeja kuvattiin siis varsin stereotyyppisillä kuvauksilla kulttuuri- ja uskontotietämyksen puutteen vuoksi. Tämä todistaa, että kulttuurista kompetenssia ja itsetutkimuskykyä päivittäisessä toiminnassa tulisi vaalia. (Eissler ym. 2014.)

Musliminaisen on suositeltavaa ottaa miessaattaja mukaansa terveydenhuoltoon. Se voi olla aviopuoliso, oma lapsi, veli, eno tai setä. Tutkimusten aikana saattaja voi vaatia läsnäoloaan, etenkin jos lääkäri on mies. Useimmiten kohonnut koulutustaso ja kansainvälinen kokemus pehmittävät suhtautumista tähän seikkaan. (Maïche 2013, 34.) Mikäli kyseessä on maahanmuuttajataustainen muslimi, on vastaanottokäyntiin hyvä varata runsaasti aikaa. On myös suositeltavaa tilata ammattitaitoinen asioimistulkki, jotta väärinymmärryksiltä vältytään. (Oroza ym. 2016, 921.)

Intimiteetin kanssa ollaan tarkkoja, sairaalassa ollessaan vain perheenjäsen saa pestä sairaan muslimipotilaan, mikäli hän ei itse siihen kykene (Maïche 2013, 34). Naisen vaatetuksen tulee peittää koko vartalo ja kädet (Chaplain 2012; Maïche 2013, 34). Muslimimies ei saa paljastaa kehoaan navasta polviin edes miespuolisille, poikkeuksena kuitenkin tutkimuksen tai hoidon aikana (Maïche 2013, 34).

Ruoassa saa käyttää liivatetta, sillä se on käynyt niin suuren kemiallisen prosessin alkuperäisestä lähteestään. Hoidoissa on kuitenkin käytettävä lääkkeitä, jotka eivät sisällä liivatetta. Tämän lisäksi sianliha, raadot, veri, alkoholi ja kaikki ruuat, joiden päälle ei ole

lausuttu Jumalan nimeä, ovat kiellettyjä. (Maïche 2013, 38 – 39.) Alkoholin käyttö ulkoisesti puhdistukseen on kuitenkin sallittua (Chaplain 2012; Maïche 2013, 39). Vaikka siasta tehdyt osat ovat kiellettyjä, voidaan siasta tehty insuliini kuitenkin hyväksyä muslimin lääkitykseen, mikäli vastaavaa ja puhtaampaa ainetta ei ole saatavilla ja se on hoidon kannalta olennainen (Maïche 2013, 61).

Mitä paastoihin tulee, lääkäri voi päättää potilaan paastoamisesta, mikäli hän on sairas. Verikokeita on lupa ottaa paaston aikana, lisäksi paastoavaa saa lääkitystä suoneen, ihon kautta tai lihakseen, muttei suun kautta. Suonien kautta nesteytys on kuitenkin kielletty, myöskään peräruiskeita ei saa antaa. Epileptikko saa ottaa lääkkeitä aamuin ja illoin paastotessaan. Paastoaminen on kielletty siis, mikäli potilas on terveystta tai henkeä uhkaavassa tilassa tai jos paastoaminen pahentaisi tautia. Lääkäri saa kieltää potilasta paastoamasta, jos lääkkeiden säännöllinen ottaminen on välttämätöntä tai jos paastoaminen potilaan kohdalla aiheuttaisi mahdollista tajuttomuutta. Verenluovutus paastoamisen aikana ei ole mahdottomuus, sillä elimistö tasoittaa luovutetun veren melko nopeasti. Kirurginen operaatio onnistuu yleisanestesiassa, mikäli potilas haluaa paastota, tämän lisäksi happi ja anesteettiset kaasut ovat sallittuja paaston aikana. (Maïche 2013, 40 – 43.)

Verensiirrot ovat sallittuja muslimille, lisäksi muslimi saa luovuttaa verta, mutta toiminnan tulee olla maksuton. Elinien luovuttamista ei myöskään pidetä haitallisena, jos kuollut on lääketieteellisesti todettu aivokuolleeksi ja elinluovutukselle on annettu lupa testamentissa. Muina ehtoina elinluovutukselle ovat nämä seikat: toimenpiteestä ei oteta maksua, elinluovuttaja on terve sielultaan ja päätös on vapaaehtoinen, toimenpide pelastaa ihmishengen eikä se aiheuta luovuttajalle vahinkoa. (Maïche 2013, 67, 78 – 79.)

Kipulääkkeitä voidaan käyttää tarpeen mukaan. Opiaatteja ei kuitenkaan suositella tietyissä arabimaissa, mutta eivät ne ole varsinaisesti kiellettyjäkään. Usein opiaattien vastustuksen taustalla voi uskonnon kieltojen sijaan olla silkka tietämättömyys. (Maïche 2013, 92.)

Yhteenveto

Kulttuurisella kompetenssilla tarkoitetaan pyrkimystä sisäistää toisen kulttuurin toimintatavat ja tiedot siten, että osataan toimia sen kanssa mahdollisimman hyvin ja luontevasti (Huovila 2006). Kulttuurista kompetenssia hoitotyössä tulisi jatkuvasti lisätä sekä kehittää (Bodenmann ym. 2014). Voimistuneen monikulttuurisuuden lisääntyminen Suomessa vaikuttaa olennaisesti kulttuurien väliseen vuorovaikutukseen sekä ammatillisiin tehtäviin. Monikulttuurisen hoitotyön kulmakiviä ovat molempien osapuolien keskinäinen kunnioitus, aitous sekä tasavertaisuus. (Henttonen ym. 2013.)

Ortodoksipotilaan hoito muistuttaa paljon katolisen potilaan hoitoa. Myös ortodoksipotilaan hoidossa tulee huomioida heidän uskontonsa ja siihen liittyvät tavat. Potilas saattaa toivoa paikalle esimerkiksi pappia ja tällöin on hoitohenkilökunnan se järjestettävä. Paastoasioiden huomioiminen on myös ortodoksipotilaan hoidon suunnittelussa muistettava. (The Office of Diversity 2012.)

Jehovan todistajien tärkeimpänä aatteena on kieltäytyminen verensiirroista, oli sitten kyseessä punasolut, valkosolut, verihiutaleet tai plasma (Chaplain 2012). Jehovan todistaja on omatuntonsa ohjaama – elinsiirrot ja -luovutukset voivat olla mahdollisia, mikäli hän niin ajattelee (Chaplain 2012). Potilas voi myös ilmaista toiveensa eri tavalla perheen kesken kuin kahden kesken lääkärin kanssa keskustellen, jolloin verituotteiden anto on lääkärin päätösvallassa, ollen kuitenkin velvollinen kunnioittamaan potilaan tahtoa sekä välttämään verituotteen antoa niin pitkään kuin mahdollista. Nykyään päästään hyviin tuloksiin leikkauksissa, vaikkei verituotteita käytettäisikään. (Louhiala & Rauhala 2012.) On kuitenkin yleisempää, että haavat paranevat hitaammin verensiirrottomassa leikkauksessa (Smith 1986).

Katolisen potilaan hoidossa tulee ottaa huomioon tämän uskonnollinen vakaumus. Suuressa osassa katolisen potilaan hoitoa on kunnioittaa heidän sakramentejaan esimerkiksi vaativan leikkauksen kohdatessa. Hoitohenkilökunnan tulee toimittaa paikalle myös pappi, jos potilas niin toivoo. (Chaplain 2012.)

Muslimipotilaan ollessa maahanmuuttajataustainen, on vastaanottokäyntiin hyvä varata runsaasti aikaa. On myös suositeltavaa tilata ammattitaitoinen asioimistulkki, jotta väärinymmärryksiltä vältetään. (Oroza ym. 2016, 921.) Musliminaisella olisi hyvä olla miespuolinen saattaja mukana terveydenhuollossa, mikäli vastaanottava hoitoalan ammattihenkilö on miespuolinen (Maïche 2013, 34). Alkoholia saa käyttää ulkoisessa puhdistuksessa (Chaplain 2012; Maïche 2013, 39). Paaston aikana muslimi ei saa syödä lääkkeitä

suun kautta. Sairaalan muslimin ei tule kuitenkaan paastota ja lääkärillä on lupa kieltää paastoaminen, mikäli lääkkeiden ottamattomuudella on mahdollisuus tajuttomuuteen. Kirurgiset operaatiot sujuvat yleisanestesiassa paastonkin aikana, lisäksi happi ja anesteettiset kaasut sallitaan tällöin. Verensiirrot ovat sallittuja ja kipulääkkeitä voidaan käyttää tarpeen mukaan. (Maïche 2013, 40 – 43, 67, 92.)

5 EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS

Opinnäytetyö toteutetaan yhteistyössä Turun ammattikorkeakoulun kanssa, joten sen kanssa noudatetaan ohjeistuksen mukaista mallipohjaa sekä ohjeistusta. Lähteinä pyrittiin käyttämään mahdollisimman uusia ja laadukkaita tietolähteitä. Käytössä on tutkimusartikkelien lisäksi kirjallisuusmateriaalia, jota valitessa on pyritty luotettavuuteen ja nykyaikaisuuteen. Vaikka kuvailevan kirjallisuuskatsauksen luonne onkin epäsystemaattinen, yritettiin opinnäytetyö toteuttaa vaalien mahdollisimman luotettavia, kattavia ja monipuolisia lähteitä. Työstä rajattiin maksulliset julkaisut, sillä mahdolliset kustannukset eivät välttämättä takaa laatua. Opinnäytetyö noudattaa kaikkia tutkimuseettisiä periaatteita (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012).

Tiedon hankintaan ja julkaisemiseen liittyvät tutkimuseettiset kohdat tulee olla yleisesti hyväksyttyjä (Hirsjärvi ym. 2009, 23.) Varsinaisessa opinnäytetyön tekovaiheessa nousi esille eettisiä kysymyksiä, jotka olivat syytä huomioida. Kummankin tekijän vastuulla oli yleisten periaatteiden noudattaminen ja niiden mukaan toimiminen. Työntekovaiheessa on pyritty kriittisyyteen, luotettavuuteen sekä puolueettomuuteen.

Opinnäytetyötä varten ei tarvinnut hakea erillistä tutkimuslupaa. Kaikki työssä käytetyt julkaisut olivat julkisia ja ilmaisia. Aiheesta löytyneet julkaisut olivat melko hankalasti löydettävissä, eikä niitä juurikaan ollut. Julkaisuja jouduttiin jättämään pois pariin otteeseen niiden maksullisuuden vuoksi. Opinnäytetyössä esiintyviä uskontoja esiteltiin ja niiden vaikutuksia monikulttuuriseen hoitotyöhön käsiteltiin neutraalisti sekä tasavertaisesti.

Julkaisujen haku eri tietokantoja hyödyntäen tuotti ongelmia, sillä varsinaista aikaisempaa tutkimustietoa ei selkeästi ollut tarjolla monikulttuurisuudesta yhdistettynä preoperatiiviseen hoitotyöhön. Eniten tuloksia saatiin Jehovan todistajien ja islamin uskoisten kulttuurista ja sen vaikutuksista hoitotyöhön. Vähiten tietoa löytyi ortodoksisuudesta ja sen osuudesta hoitotyöhön. Katoliset ja ortodoksit ovat kuitenkin joskus olleet yhtenäinen uskonto, joten katolisuutta voitiin hyödyntää ortodoksipotilaan hoitotyössä. Koska tarjonta oli vähäinen, oli tartuttava kaikkiin vähänkin aiheeseen liittyviin tutkimusartikkeleihin ja tietokirjallisuuteen. Hoitotyöstä, etenkin preoperatiivisesta, ei kaikkien uskontojen kohdalla saatu haluttua laajuutta ja tarkkuutta. Suureksi osaksi kirjallisuuskatsaus perustuu tietokirjallisuuteen, sillä tutkimusartikkelit eivät antaneet tarpeeksi kattavia vastauksia opinnäytetyöhön. Löydetyt tulokset ovat kuitenkin pyritty esittelemään mahdolli-

simman tarkasti ja tuloksia muuntelematta, jotta työ olisi mahdollisimman spesifinen luotettavuustasoltaan. Myös tiedonhakuprosessi on pyritty kuvaamaan mahdollisimman tarkasti, jotta toistettavuus säilyisi.

Kirjallisuutta käytettäessä tulee olla harkitseva, sekä lähdekriittinen (Hirsjärvi ym. 2009, 113.) Lähdekriittisyys sekä oikean aineiston löytäminen olivatkin haastavinta koko tiedonhakuprosessissa. Relevantteja julkaisuja oli hankala löytää, sillä hakusanoilla löytyneet julkaisut eivät juurikaan vastanneet aihetta. Suurin osa tuloksista löytyi siis tietokirjallisuudesta sekä vähäisistä asianomaisista julkaisuista. Julkaisujen rajaus suoritettiin vuosiin 2011 – 2016. Käytössä olivat vain ilmaiset, tieteelliset julkaisut. Tietokirjallisuudesta sekä julkaisuista valittiin parhaiten tutkimuskysymyksiin vastaavat julkaisut ja ne käytiin läpi useaan otteeseen luotettavuuden takaamiseksi. Opinnäytetyön luotettavuutta heikensi se, että siitä löytyi niin vähän juuri valittuun aiheeseen viittaavaa tarkkaa tietoa.

6 POHDINTA

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kartoittaa kuvailevan kirjallisuuskatsauksen keinoin kulttuurien ja uskontojen huomioimista valmisteltaessa potilasta leikkaukseen. Lisäksi siinä selvitettiin mitä on kulttuurinen kompetenssi ja miten se vaikuttaa monikulttuuriseen hoitotyöhön. Tarkastelussa ovat ortodoksisuus, Jehovan todistajat, katolisuus ja islamin usko. Tavoitteena pyrittiin lisäämään kulttuurista kompetenssia hoitotyössä näiden uskontoryhmien avulla, kehittämään hoitajan ja potilaan kohtaamista.

Opinnäytetyössä pyrittiin hakemaan mahdollisimman laaja-alaisesti tutkimustietoa eri tietokannoista. Joko hakusanat eivät olleet tarpeeksi kattavia tai aiheesta ei vain löydy tarvittavaa spesifistä tietoa, jotta tutkimuskysymyksiin oltaisiin saatu oikeanlaisia vastauksia kaikille osa-alueille. Hakusanoilla ei nimittäin saatu täsmälleen sopivia tuloksia, vaan ne hieman sivusivat varsinaisista aiheista. Ainoastaan kulttuurisesta kompetenssista ja monikulttuurisesta hoitotyöstä löytyi varteenotettavampaa tutkimustietoa.

Itse aiheen raja-
us viivästytti opinnäytetyön aloitusta sekä hankaloitti aineistonkeruuta, sillä alun perin pääaiheena ollut eri kulttuurien huomioiminen preoperatiivisessa hoitotyössä täytyi rajata uskontoihin ja niissä ilmeneviin kulttuurieroihin. Opinnäytetyö olisi voitu toteuttaa paneutuen pelkästään eri kulttuureihin Suomessa, esimerkiksi suomenruotsalaisiin, saamelaisiin, romaneihin, venäläisiin ja muihin Suomessa esiintyviin kulttuurivähemmistöihin.

Koska kirjallisuuskatsaus ei tuonut ilmi tarpeeksi tietoa potilaan huomioimisesta valmisteltaessa tätä leikkaukseen näiden uskontojen tiimoilta, tulisi asiaa selvittää jatkotutkimusten merkeissä. Toisena jatkotutkimusaiheena voisi olla esimerkiksi erinäiset haastattelut ja kyselylomakkeet eri kulttuuri- ja uskontotaustoiltaan eriävil-
tät potilailta selvittäen heidän kokemuksiaan suomalaisessa terveydenhuoltojärjestelmässä. Kolmas jatkotutkimusaihe voisi olla selvitys aiemmin mainittujen Suomessa esiintyvien kulttuurivähemmistöjen huomioimisesta esimerkiksi preoperatiivisessa tai jopa perioperatiivisessa hoitotyössä.

Tutkimuskysymykset käsitelivät kulttuurista kompetenssia sekä uskontojen huomioimista preoperatiivisessa hoitotyössä. Kulttuurisen kompetenssin analysointiin löytyi hyvin tietoa sekä tietokirjallisuudesta, että tieteellisistä julkaisuista. Uskontojen analysoinnissa taas oli hieman haastetta, sillä Jehovan todistajista sekä muslimeista löytyi laajalti

tutkimustietoa niin kirjallisuudesta, että tieteellisistä julkaisuista, mutta ortodokseista ja katolisista ei niinkään. Yleiskatsauksen mukaan ensimmäiseen tutkimuskysymykseen löytyi kattavasti tietoa sekä osaan toisessa tutkimuskysymyksessä. Toinen tutkimuskysymys jäi kuitenkin hieman vajavaiseksi löytyneen tiedon epäolennaisuuden vuoksi.

Yleisesti voidaan todeta, että uskonto- sekä kulttuuritaustan merkitys preoperatiiviseen hoitotyöhön on erittäin tärkeää huomioida laadukkaana hoidon takaamiseksi. Asenteet sekä tapakulttuuri saattavat vaihdella suurestikin erilaisten uskontoryhmien välillä ja niiden huomioiminen on tärkeä osa jatkuvasti lisääntyvää monikulttuurista hoitotyötä. Monikulttuurisen hoitotyön olennainen kulmakivi on tutkimuskysymyksessään mainittu kulttuurinen kompetenssi. Kulttuurisella kompetenssilla tarkoitetaan pyrkimystä sisäistää toisen kulttuurin toimintatavat ja aatteet siten, että niiden kanssa osataan toimia mahdollisimman luontevasti ja laadukkaasti. Monikulttuurinen hoitotyö voidaan toteuttaa laadukkaasti vain kulttuurisen kompetenssin mallin mukaan ja sitä tulisi soveltaa kulttuurien kanssa työskentelevän hoitohenkilökunnan keskuudessa.

Neljän eri uskonnon pohjalta preoperatiiviseen hoitotyöhön vaikuttaa useat eri kohdat. Ortodoksi- ja katolilaispotilaan leikkaukseen valmisteleivassa hoidossa tulee huomioida heidän uskontonsa aatteet sakramentteja ja rukouksia kohtaan. Mahdollisesti pappia tarvittaessa on hoitohenkilökunnan hänet saatava paikanpäälle. Jehovan todistajien kielteisyys verensiirtoihin on olennainen huomioitava tekijä heidän preoperatiivisessa hoitotyössä. Muslimipotilaan hoidossa tulee muistaa heidän paastoamisensa huomioiminen ja sen vaikutukset ennen leikkausta tehtävään hoitotyöhön. Myöskin heidän suhtautuminen vastakkaiseen sukupuoleen voi tuottaa ongelmia, esimerkiksi päivystysleikkauksissa ei välttämättä saada samaa sukupuolta edustavia henkilöitä leikkaussaliin, jos paikalla on vain tämä yksi leikkaustiimi. Tästä ei kuitenkaan löytynyt tietoa, joten se jäi puuttumaan koko kirjallisuuskatsauksesta. Kaikkien neljän uskonnon kanssa löytyy useitakin huomioitavia kohtia, jotka vaikuttavat preoperatiiviseen hoitotyöhön ja tästä syystä niihin perehtyminen on olennainen osa monikulttuurista hoitotyötä.

LÄHTEET

- Ahonen, S.-M., Jääskeläinen, P., Kangasniemi, M., Liikanen, E., Pietilä, A.-M. & Utriainen, K. 2013. Kuvaileva kirjallisuuskatsaus: eteneminen tutkimuskysymyksestä jäsenettyyn tietoon. *Hoitotiede*. Vol. 24, No. 4, 291 – 301.
- Axelin, A., Stolt, M. & Suhonen, R. (toim.) 2015. Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä. Turku: Turun yliopisto.
- Baile, W. & Epner, D. 2012. Patient-centered care: the key to cultural competence. *Annals of Oncology*. Vol. 33, No. 3, 33 – 42.
- Bodenmann, P., Casillas, A., Faucherre, F., Green, A., Ninane, F., Paroz, S., Weber, O. & Wolff, H. 2014. Cultural competency of health-care providers in a Swiss University Hospital: self-assessed cross-cultural skillfulness in a cross-sectional study. *BMC Medical Education*. Vol. 14, No. 19, 1 – 8.
- Broomer, B., Guinn, N., Hill, S., McCartney, S., Robertson, R. & White, W. 2014. Jehovah's Witnesses and cardiac surgery: a single institution's experience. *Transfusion*. Vol. 54, 2745 – 2752.
- Chaplain, J. 2012. Religious Diversity: Practical Points for Health Care Providers. http://www.uphs.upenn.edu/pastoral/resed/diversity_points.html
- Charles, C. & Daroszewski, E. 2012. Culturally Competent Nursing Care of the Muslim Patient. *Issues in Mental Health Nursing*. Vol. 33, 61 – 63.
- Eissler, M., Hiltner H. & Kronenthaler, A. 2014. Assoziationen zu muslimischen Patienten in der Hausarztpraxis – Eine Befragung deutscher Allgemeinmediziner. *Gesundheitswesen*. Vol. 76, No. 7, 434 – 439.
- Hammar, A.-M. 2011. Kirurgian perusteet. Helsinki: WSOYpro Oy.
- Hautakangas, A.-L., Horn, T., Pyhälä-Liljeström, P. & Raappana, M. 2003. Hoitotyö päiväkirurgisella osastolla. Porvoo: WS Bookswell Oy.
- Heino, H. 1997. Mihin Suomi tänään uskoo. Porvoo – Helsinki – Juva: Werner Söferström Osakeyhtiö.

Henttonen, T., Ojala, M., Rautava-Nurmi, H., Vuorinen, S. & Westergård, A. 2013. Hoitotyön taidot ja toiminnot. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Hiippala, S. 2004. Veri- ja plasmavalmisteiden käyttö akuutin verenvuodon hoidossa. Duodecim. Vol. 120, 893 – 901.

Hirsjärvi, S. Remes, P & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi.

Huovila, A. 2006. Mitä on kulttuurien välinen kompetenssi. Helsingin yliopisto.

Infopankki 2014. Kulttuurit ja uskonnot Suomessa. Vähemmistöt Suomessa. Viitattu 13.11.2016. <http://www.infopankki.fi/fi/tietoa-suomesta/perustietoa-suomesta/kulttuurit-ja-uskonnot-suomessa>

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2013, 3. painos. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: Sanoma Pro.

Ketola, K. & Virtanen, J. 2008. Jehovan todistajat. Teoksessa Ketola, K. Uskonnot Suomessa 2008. Käsikirja uskontoihin ja uskonnollistaustaisiin liikkeisiin. Kirkon tutkimuskeskuksen julkaisuja 102. Tampere: Kirkon tutkimuskeskus.

Kinnunen, T., Korte, R. & Lukkari, L. 2013. Perioperatiivinen hoitotyö. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Käypä hoito -suositus. 2014. Leikkausta edeltävä arviointi. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/17.8.1992.

Lastensuojelulaki 417/13.4.2007.

Louhiala, P. & Rauhala, V. 2012. Kriittisesti sairaan, verituotteista kieltäytyvän potilaan hoito – eettisiä näkökohtia. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim, Vol. 128, No. 12, 123 – 124.

Maïche, A-G. 2013. Muslimi potilaana ja asiakkaana Suomessa. 2. Painos. Helsinki: Into Kustannus Oy.

Oroza, V., Siikamäki, H. & Valtonen, K. 2016. Maahanmuuttajan terveystarkastus. Terveysportti. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim. Vol. 132, No. 10, 919 – 924.

Papadopoulos, I. 2008. The Papadopoulos, Tilki and Taylor Model for Developing Cultural Competence. Leonardo Da Vinci Partnership Project IENE. Viitattu 12.12.2016.

Salminen, A. 2011. Mikä kirjallisuuskatsaus? Johdatus kirjallisuuskatsauksen tyypeihin ja hallintotieteellisiin sovelluksiin. Vaasa: Vaasan yliopisto.

Smith, E. B. 1986. Surgery in Jehovah's Witnesses. Journal of the National Medical Association. Vol. 78, No. 7, 668 – 669, 673.

Surakka, T. 2014. Verensiirrosta kieltäytyvän potilaan hoito. Sairaanhoitajan käsikirja.

Tilastokeskus. 2013. Kulttuuritilasto 2013. 32.

Tilastokeskus. 2016. Joka kymmenes 25 – 44-vuotias on ulkomaalaistaustainen. Viitattu 28.10.2016.

The Office of Diversity. 2012. Diversity ToolKit. Patient Care Guide. The Cleveland Clinic Foundation. <https://my.clevelandclinic.org/ccf/media/Files/Diversity/diversity-toolkit.pdf?la=en>

Tuominen, R. 1998. Kohtaamisen kymmenen käskyä. Teoksessa Tuominen, R. Kulttuurien kohtaaminen terveydenhuollossa. Juva: WSOY.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Viitattu 11.11.2016.

Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri. 2014. Leikkaukseen valmistautuminen kotoa (Leiko/Päiki). Ohjepankki. Viitattu 16.11.2016. <http://ohjepankki.vssh.fi/fi/3698/60225/>

Viitamäki, R. 1996. Päiväkirurginen hoitotyö. Helsinki: Kirjayhtymä Oy.

Viele, M. & Weiskopf, R. 1994. What can we learn about the need for transfusion from patients who refuse blood? The experience with Jehovah's Witnesses. Transfusion, Vol. 34, No. 5, 396 – 401.

Liite 1. Opinnäytetyömessuilla esitetty posteri.

Kulttuurien & uskontojen huomioiminen

valmisteltaessa potilasta leikkaukseen

**#Excellence
InAction**

Avainsanat:

- ✓ Kulttuurinen kompetenssi
- ✓ Monikulttuurinen hoitotyö
- ✓ Preoperatiivinen hoitotyö
- ✓ Jehovan todistajat
- ✓ Ortodoksisuus
- ✓ Katolilaisuus
- ✓ Islamin usko

Opinnäytetyön tarkoituksena on kartoittaa kuvailevan kirjallisuuskatsauksen keinoin (n=18 julkaisua) kulttuurien ja uskontojen huomioimista preoperatiivisessa hoitotyössä. Opinnäytetyössä esitellään neljää kuudesta Suomessa yleisimmin esiintyvistä uskonnoista, joita ovat ortodoksisuus, Jehovan todistajat, katolisuus sekä islamin usko. Tutkimuskysymyksinä toimivat, mitä tarkoitetaan kulttuurisella kompetenssilla sekä minkälaista tutkittua tietoa on julkaistu näiden uskontoryhmien potilaista preoperatiivisessa hoitotyössä. Tavoitteena on siis lisätä kulttuurista kompetenssia hoitotyössä, edistämällä hoitajan ja potilaan kohtaamista.



Tulokset

- ✓ Kulttuurinen kompetenssi tarkoittaa pyrkimystä sisäistää toisen kulttuurin toimintatavat ja tiedot siten, että niiden kanssa osataan toimia mahdollisimman hyvin ja luontevasti, kun taas monikulttuurisen hoitotyön kulmakivinä voidaan todeta molempien osapuolten keskinäinen kunnioitus, aitous sekä tasavertaisuus
- ✓ Ortodoksi- ja katolilaispotilaan hoidossa ei ole muuta olennaista huomioitavaa, kuin sakramentit ja rukoukset, joita hoitohenkilökunnan tulee olla valmis toteuttamaan, hankkimalla esimerkiksi papin paikalle
- ✓ Jehovan todistajilla verensiirtokielteisyys on suuri ja vaikuttava tekijä
- ✓ Muslimipotilaan hoidossa verensiirrot ovat sallittuja ja kipulääkkeitäkin voidaan käyttää tarpeen mukaan. Muslimien paasto tulee huomioida, sillä sairas muslimi ei saa sitä toteuttaa ja lääkäriellä on lupa kieltää se. Kirurgisia toimenpiteitä voidaan kuitenkin suorittaa yleisanestesiassa paastonkin aikana, myös happi ja anesteettiset kaasut ovat sallittuja

Ota yhteyttä!

siljasofia.salokangas@edu.turkuamk.fi
emilia.uotila@edu.turkuamk.fi



TURKU AMK
TURKU UNIVERSITY OF
APPLIED SCIENCES